

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE **140** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L. LAVIGNE

FRÉQUENCE ET CAUSES

DE LA

MORT DU FŒTUS

PENDANT LA GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^o, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

THESE

1931

POUR

LE DOCTORAT EN MEDICINE

PAR

M. L. LAGNE

FRANÇOIS ET LÉON

1931

MOUVEMENT DE LA

REPRODUCTION

REPRODUCTION

1931

REPRODUCTION

REPRODUCTION

REPRODUCTION

1931

140

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L. LAVIGNE

FRÉQUENCE ET CAUSES

DE LA

MORT DU FŒTUS

PENDANT LA GESTATION



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE MÉDECINE DE LILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de notre thèse, nous le prions
d'agréer l'expression de notre
respectueuse gratitude.*

Arrivé au terme de nos études médicales nous tenons, au début de ce modeste travail, à remplir un devoir de reconnaissance en adressant nos bien sincères remerciements à toutes les personnes qui, jusqu'à ce jour, nous ont entouré de leur sympathie et éclairé de leurs conseils.

A côté de la tendre sollicitude dont nous avons été l'objet au foyer de la famille, nous avons trouvé durant notre vie d'étudiant, des camarades et des amis dont la sympathie nous fut toujours précieuse. C'est du fond du cœur que nous les remercions et en particulier le Dr Déhée et le Dr Délécour.

Nous remercions notre camarade le Dr Hidden des conseils qu'il nous a donnés pour mener à bien ce travail.

Nous avons eu le désir à la fin de nos études de venir à Paris nous perfectionner en certaines questions. Les questions d'obstétrique nous ont surtout intéressé, parce que dans les villes de province des régions dévastées, comme celle dans laquelle nous avons l'intention d'exercer, le problème de la reproduction a une importance capitale, et le médecin est appelé à chaque instant à donner des conseils soit aux jeunes mères soit aux jeunes femmes qui veulent le devenir.

La clinique Baudelocque nous a fait l'accueil le plus bienveillant, nous y avons trouvé toute facilité pour étudier les questions qui nous intéressent ; soit dans l'exercice quotidien de la clinique, et particulièrement aux leçons magistrales de M. le professeur Couvelaire, soit au cours de perfectionnement dirigé par M. le professeur agrégé Levy-Solal et M. Vignes, accoucheur des hôpitaux.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le professeur Couvelaire d'avoir mis à notre disposition la magnifique source de documents, que constituent les recueils de trente années d'observations de la Clinique Baudelocque.

Et aussi notre reconnaissance va naturellement à M. le professeur Pinard qui a commencé cette collection précieuse : qu'il nous soit permis de dire ici notre admiration pour cette magnifique carrière d'apôtre toute consacrée à améliorer les conditions de la maternité.

FRÉQUENCES ET CAUSES

DE LA

MORT DU FŒTUS

PENDANT LA GESTATION

INTRODUCTION

La rétention dans l'utérus d'un fœtus mort a été décrite depuis très longtemps. Sans remonter au delà du xvii^e siècle, nous voyons déjà en 1694, Mauriceau (dans son *traité des maladies des femmes grosses*), parler de ces femmes qui « ne sont délivrées qu'après cinq mois de leur conception, les ayant portées morts deux ou trois mois en leur ventre où ils s'étaient conservés sans grande corruption dans leurs propres eaux comme font certains fruits dans une saumure convenable ».

Quand ce phénomène fut admis d'une façon générale, une des premières préoccupations des accoucheurs du siècle suivant semble avoir été d'apprécier le temps pendant lequel un fœtus mort pouvait rester conservé dans la cavité utérine. En 1734, Bonpar

raconte l'histoire d'une grossesse qui se serait prolongée quinze ans dans la cavité utérine. C'était un sujet de curiosité qui ne resta pas isolé et l'on publia de-ci de-là d'autres observations de rétention de fœtus morts dont quelques-unes de façon prolongée, qui appartiennent d'ailleurs à l'histoire non des rétentions utérines mais des rétentions ectopiques.

Vers cette moitié du XVIII^e siècle, des accoucheurs comme Puzos décrivent les altérations que peut subir le fœtus retenu dans la cavité utérine. Puzos parle de la dissolution en ces termes : « Une masse charnue, creuse dans son centre et contenant un peu d'eau sans apparence de fœtus. Pour qu'il puisse se former, il faut que ce qui était un vrai germe ait été détruit avant d'avoir acquis une figure déterminée... » Dans une thèse dédiée à Depaul en 1867, Lempereur a fait de ces altérations une description qui est restée classique. Les transformations subies par le fœtus ainsi retenu varient suivant l'âge de la gestation : la dissolution est l'altération de la première période de la vie fœtale ; la momification vient ensuite, mais elle est relativement rare ; la macération est la modification de la troisième période de la vie fœtale, et qui est de toutes la plus fréquente et la plus variée dans ses formes parce qu'elle est plus ou moins prononcée selon que la mort remonte à plusieurs jours ou à plusieurs semaines.

Enfin les transformations prennent une tout autre allure quand l'œuf est ouvert. Cette complication détermine une infection souvent très rapide et qui

amène des accidents graves si l'accoucheur n'intervient d'urgence.

Acceptant le fait acquis de la mort possible du fœtus pendant la gestation et connaissant les altérations et les complications que cette mort précoce pouvait déterminer, les accoucheurs de la fin du xix^e siècle ont eu surtout la préoccupation de parer à ces accidents et, dans les travaux de leurs élèves, on retrouve agitée sans cesse la question de la conduite à tenir en cas de mort du fœtus. C'est l'objet de la thèse de Pacaud en 1886. Cette préoccupation revient dans la thèse de Royer qui étudie en outre les hémorragies dans l'expulsion en 1896-1897. Deux autres travaux plus récents encore sont consacrés à cette question : C'est en 1900 la thèse de Henriot, chez qui l'on peut trouver en outre une description des symptômes de la rétention ; et enfin une dernière thèse de Avromoff en 1915, inspirée par M. Boissard.

Telest donc l'état de la question jusqu'en ces derniers temps. On connaît la rétention du fœtus mort, on étudie son évolution et à part quelques tentatives d'intervention très discutables, on admet que la conduite à tenir consiste en l'abstention, sauf complications : il n'y a rien à faire qu'à surveiller la femme.

Et voici qu'un autre problème se fait jour : le problème des causes :

Au xx^e siècle, où la puériculture est à l'ordre des questions sociales, l'étude de la mort du fœtus pen-

dant la gestation va devenir une des phases de cette grande question. Nous empruntons cette idée à M. le professeur Couvelaire qui vient de consacrer sa première leçon de l'année scolaire 1920-1921 à cette importante question. Déjà en 1893, dans une thèse inspirée par M. le professeur Pinard, Lenief envisage le problème de la rétention sous cet aspect et il étudie dans une statistique de quatre années à la Clinique Baudelocque la mortinatalité dans cette clinique. Lenief déjà met en relief les principales causes qui peuvent amener la mort du fœtus.

Il ne nous appartient pas de tracer ici l'histoire de la puériculture. M. le professeur Pinard a défini les conditions dans lesquelles on pouvait exercer avec efficacité la protection de l'enfant : Elle débute en réalité dès le moment même où les parents ont le désir de procréer. Elle devient surtout importante dès que le fait de l'existence de l'enfant est certaine, avant même la naissance. Nous retrouvons cette idée dans toute l'œuvre de M. le professeur Pinard ; Nous la lisons en particulier dans le rapport de Pinard sur « les causes physiologiques de la diminution de la natalité en France » (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier-février 1903).

La puériculture exige ensuite que l'accouchement lui-même se fasse dans les conditions les meilleures et avec toute la préparation nécessaire. Puis quand l'enfant est né, elle recherche les moyens qui permettent de faire son élevage avec toutes les mesures d'hygiène et de salubrité. C'est encore cette idée qui

guidait M. le professeur Pinard quand il écrivait : *La protection de l'enfant pendant la guerre dans le camp retranché de Paris.*

Les élèves du maître ont répandu et propagés ses idées ; c'est ainsi que nous voyons M. Lévy-Solal, professeur agrégé, présenter au Congrès de Bruxelles, le 25 septembre 1919 un rapport sur : *La protection de l'ouvrière enceinte et nourrice* ; ou bien encore à la Sorbonne en mai 1919 au Congrès interallié d'hygiène sociale pour la reconstitution des régions dévastées.

Les travaux entrepris à la Clinique porte cette empreinte. Citons parmi les thèses inspirées par M. Pinard, celle de M. Blain (1906) sur la surveillance et l'assistance médicale de la femme enceinte ; celle de M. Clergeon sur la mortalité causée par auto-intoxication gravidique, 1916.

Nous ne voulons envisager qu'une petite partie, de ce vaste programme qui a pour but de sauvegarder la vie de l'enfant pendant la gestation, durant l'accouchement et durant toute la première enfance, tant est vaste le rôle de l'accoucheur dans le champ de la puériculture.

La première partie de ce programme est d'éviter les morts du fœtus qui se produisent pendant la durée de la gestation.

Il semble donc que dans l'étude que nous entreprenons, il nous soit permis de bénéficier de tout le travail qui a été fait par nos prédécesseurs et qu'il n'y ait pas lieu d'ajouter aux descriptions qui ont été

faites de la rétention du fœtus mort en ce qui concerne principalement l'étude clinique, avec les tous symptômes qu'elle comporte, ou l'étude anatomique avec les transformations que subit le fœtus ainsi retenu.

En égard à cette idée de rattacher notre travail au premier chapitre de la puériculture, nous nous sommes efforcés de mettre en relief la fréquence de la mort du fœtus *in utero* et de rechercher les causes auxquelles on peut l'attribuer. Et ainsi il devient possible de proposer non pas un traitement symptomatique ou une ligne de conduite à tenir quand la mort est produite, mais une action prophylactique véritablement efficace qui a pour effet de prévenir la mort du fœtus en plaçant la femme dans des conditions telles qu'elle puisse mettre au monde un enfant vivant.

I. — FRÉQUENCES

Nous avons cherché quel pouvait être le nombre d'enfants qui meurent *in utero*. Nous avons strictement limité notre enquête aux morts qui se produisent pendant la gestation, excluant donc celles qui se produisent pendant ou après l'accouchement. En outre, il convient de remarquer que dans nos chiffres ne sont pas compris les avortements. Nous étudions uniquement les cas où il est possible de distinguer que le fœtus est déjà mort depuis quelque temps, généralement macéré et il s'agit de fœtus arrivés à la seconde moitié de la gestation.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir puiser dans cette inépuisable source de documents qui a été constituée à la Clinique Baudelocque par M. le professeur Pinard et qui est continuée par M. le professeur Couvelaire. C'est ainsi qu'il nous a été possible de dresser le tableau ci-après qui résume un total de plus de 57.000 accouchements survenus à la Clinique depuis sa fondation et dont toutes les observations sont recueillies, conservées et cataloguées dans cette Clinique.

Ce tableau se passe de commentaires. Nous n'y

voulons qu'y lire la somme totale de 1.769 morts de fœtus pendant le cours de la gestation, correspondant à une proportion de 30 morts pour 1.000 accouchements. Nous remarquons toutefois que cette proportion de 30 o/oo, n'a guère varié, qu'elle est à peu de chose près de nos jours ce qu'elle était il y a trente ans.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de fœtus morts pendant la gestation	Pour 1000
1890	1.244	27	22
1891	1.654	50	30
1892	1.834	56	30
1893	1.920	40	21
1894	2.139	50	23
1895	2.080	81	39
1896	2.270	66	29
1897	2.314	79	35
1898	2.305	59	25
1899	2.506	56	22
1900	2.442	61	27
1901	2.229	85	38
1902	2.015	63	31
1903	2.075	72	34
1904	1.852	75	40
1905	1.997	61	30
1906	2.159	79	36
1907	1.942	69	35
1908	2.066	75	36
1909	2.102	69	33
1910	2.008	75	37
1911	1.830	62	33
1912	1.658	57	34
1913	1.500	51	34
1914	1.599	46	28
1915	1.501	27	18
1916	1.529	50	32
1917	1.463	43	29
1918	1.583	43	26
1919	1.826	53	29
	57.642	1.769	30

II. — CAUSES

Dans la plupart des descriptions qui ont été faites sur la rétention du fœtus mort, les auteurs ont pensé à indiquer les causes auxquelles ils pensaient pouvoir attribuer la mort du fœtus. En 1857, Segrestan consacre sa thèse à étudier spécialement les « causes de la mort du fœtus ». Dans les autres travaux qui paraissent sur la question on réserve bien un chapitre aux causes, mais sans y insister particulièrement, et Lempereur qui étudie d'une façon remarquable les modifications subies par le fœtus mort, ne songe guère à mettre en relief les raisons pour lesquelles le fœtus est mort.

Si l'on ouvre les traités classiques les plus récents, on voit distinguer des causes maternelles, telles que les maladies infectieuses, les maladies chroniques ; tuberculose, diabète, syphilis, l'albuminurie ; des causes qui à un moindre degré tiennent au père ; des maladies du fœtus, des lésions des annexes et enfin des causes ignorées, et dans ce chapitre on range la soi-disant « mort habituelle » du fœtus. Pour être juste, il convient d'ajouter que dans ce tableau d'ensemble on met au premier plan la syphilis. Mais

l'on compare volontiers ce vaste aperçu à une pièce dont l'auteur principal aurait très peu de relief, et l'on emporte simplement l'impression vague que le fœtus rencontre bien des embûches de tout genre avant d'arriver à bon port ; mais l'on n'est pas fixé sur *les causes principales*.

Nous avons consulté les « fonctionnements » de la Clinique Baudelocque qui sont comme un tableau synoptique de tous les événements obstétricaux survenus dans chaque année. Nous avons consulté les tableaux qui relatent l'histoire de la clinique depuis sa fondation. *Pour la première période (1890-1908)*, nous avons rassemblé toutes les statistiques recueillies dans la clinique de 1890 jusqu'à 1908 inclusive-ment et déjà publiées dans les fonctionnements. Ces tableaux mettent nettement en évidence que la syphilis est la cause la plus fréquente de la mort du fœtus. Tantôt, l'on arrive à découvrir tous les symptômes permettant d'affirmer que les procréateurs sont syphilitiques et que le fœtus lui-même est syphilitique et l'on constate au niveau de l'œuf tous les stigmates de la syphilis. Dans un autre groupe de faits, il n'est pas possible de mettre la syphilis en évidence chez le fœtus et les procréateurs, mais on trouve au niveau du placenta et des membranes des lésions caractéristiques qui donnent toute probabilité à l'hypothèse d'une origine syphilitique. D'où la distinction en deux catégories : 1° *en syphilis certaine* ; 2° *en syphilis probable*.

Après la syphilis la cause la plus fréquente se

Années	Nombre d'accouchements	Fœtus morts par Σ certaine	Fœtus morts par Σ probable	Fœtus morts par albuminurie	Fœtus morts par suite de causes variées
1890	1.244			4	
1891	1.654	8	23	8	11
1892	1.834	6	13	9	18
1893	1.920	7	6	8	19
1894	2.139	14	9	6	21
1895	2.080	20	8	12	41
1896	2.270	11	15	14	26
1897	2.314	11	8	10	50
1898	2.305	9	5	10	35
1899	2.506	4	18	7	27
1900	2.442	8	7	10	35
1901	2.229	15	15	17	38
1902	2.015	12	7	10	34
1903	2.075	12	13	11	36
1904	1.852	10	9	18	38
1905	1.997	15	7	17	22
1906	2.159	23	11	17	28
1907	1.942	13	25	12	19
1908	2.066	12	11	19	33
1909	2.102	10	15	16	28
1910	2.008	14	7	19	35
1911	1.830	13	11	15	23
1912	1.658	12	10	16	19
1913	1.500	13	12	12	14
1914	1.599	7	12	12	15
1915	1.501	7	3	4	13
1916	1.529	6	15	10	19
1917	1.463	13	7	4	19
1918	1.583	11	11	9	12
1919	1.826	8	16	10	19

révèle par un syndrome d'auto-intoxication gravidique liée à la présence d'*albumine* dans les urines et l'on a pris l'habitude de rassembler ces cas sous l'étiquette : *albuminurie*.

Enfin un certain nombre de faits échappent à ces deux explications et sont groupés sous le terme : *causes variées*.

Pour la deuxième période qui va de 1909 jusqu'à 1919 inclus nous avons personnellement consulté les observations de tous les accouchements qui ont été pratiqués pendant cette période de onze années et nous avons essayé de sérier les cas, en maintenant la division précédente dans ses grandes lignes. Nous allons donc consacrer un premier chapitre à la *syphilis* ; un deuxième aux *toxémies gravidiques* et enfin dans un troisième chapitre nous allons distinguer diverses affections qui peuvent produire la mort du fœtus, mais d'une façon beaucoup moins fréquente.

Le tableau ci-joint indique les chiffres obtenus dans leur ensemble. Nous allons reprendre notre statistique personnelle allant de 1908 à 1919 inclusivement pour en étudier les diverses parties point par point :

Syphilis

Il semble bien avéré maintenant que la syphilis est la cause principale de la mort du fœtus *in utero*. A vrai dire, la syphilis peut agir sur l'enfant dès le

moment de la conception et pendant toute la gestation, mais encore après la naissance soit d'une façon élective pendant les premiers temps, soit encore plus tardivement. Le travail récent de Williams montre dans une première statistique de 700 morts fœtales avant ou pendant l'accouchement que la syphilis est responsable dans 26 o/o des cas. Dans une autre statistique plus récente de 1919 comprenant 302 cas de morts fœtales, la syphilis est responsable de 34 o/o des cas. Mais il faut dire que cet auteur étudie non seulement les morts pendant la gestation, mais aussi celles du travail. D'autre part il a eu la possibilité de procéder à l'autopsie et sur 104 cas de syphilis, 89 ont été déterminées à l'autopsie tandis que 15 étaient basées sur les signes cliniques, sur la présence des lésions syphilitiques placentaires et sur la réaction de Bordet-Wasserman.

Nous avons procédé à une statistique de tous les cas de rétention de fœtus mort de 1909 à 1919 inclus, qu'on peut attribuer à la syphilis.

Dans cette période de onze années nous avons compté 576 cas de mort fœtale pendant la gestation. Sur ce nombre 241 doivent être attribués à la syphilis. Si l'on veut détailler ces cas, la syphilis se manifeste avec des caractères variés qui nous permettent de distinguer plusieurs catégories :

1. — **Syphilis certaine** : *a) Syphilis reconnue chez les deux conjoints.* — Se manifestant par des accidents primaires ou secondaires, tantôt antérieurs

à la gestation, tantôt se manifestant à l'occasion de la gestation : 7 cas.

β) *Syphilis reconnue chez la mère* se manifestant par des accidents primaires ou secondaires : 55 cas.

c) *Syphilis reconnue par l'examen de l'œuf*, se manifestant par des signes ovulaires : 52 cas.

L'ensemble des cas de syphilis certaine ainsi définie représente un total de 118 cas, soit une proportion de 20,5 0/0, dans lesquels la syphilis en évolution apparente est de 10,5 0/0.

II. — **Syphilis probable.** — Nous avons classé dans cette catégorie un grand nombre de cas pour lesquels l'on trouve seulement quelques-uns des caractères de la syphilis, soit du côté du fœtus, soit du côté du placenta. Mais nous n'avons pu affirmer la syphilis comme certaine parce que l'œuf, dans ces cas, ne présente pas tous les signes réunis de l'œuf syphilitique et parce qu'il n'a pas été possible de confirmer le diagnostic par des méthodes de laboratoire ou l'autopsie. Nous avons discerné ces cas avec la plus entière impartialité et même une certaine sévérité de façon à ne recueillir que les cas pour lesquels nous avons *la conviction clinique* que la syphilis est réellement la cause de la mort du fœtus. Chez toutes ces femmes il y aura lieu maintenant de dépister la syphilis par d'autres méthodes. Il est probable que le chiffre de 123 que nous avons ainsi trouvé est inférieur à la réalité et nous verrons plus loin, lorsque nous parlerons des causes variées, un

certain nombre de cas pour lesquels nous dirons que la syphilis pourrait être soupçonnée.

Ce chiffre de 123 représente une proportion de 21 o/o de causes de mort fœtale.

Le total de morts de fœtus pendant la gestation imputables à la syphilis serait donc de 41,5 o/o.

1° Syphilis reconnue chez les deux conjoints

Très rarement il est possible de savoir que les deux conjoints sont syphilitiques. Dans 7 cas seulement on a pu obtenir par l'interrogatoire de la femme des renseignements précis permettant de dire que le mari et la femme étaient tous deux syphilitiques.

Observation 533 de 1910. — Primipare de 26 ans, présente au cinquième mois de la gestation une éruption qui est traitée régulièrement par des injections de mercure ; son mari est traité depuis deux ans par des injections hebdomadaires de mercure. Elle expulse au neuvième mois un enfant mort et macéré de 2.970 grammes avec un placenta de 420 grammes.

Observation 716 de 1913. — II° pare ayant eu un avortement antérieur, contracte un an avant la gestation, la syphilis de son mari qui a présenté un chancre de la verge peu de temps auparavant. Syphilis décapitée qui se révèle par de la roséole, des plaques muqueuses vulvaires, de l'alopecie et des douleurs ostéocopes à prédominance nocturne. Elle reçoit 3 injections intraveineuses de Salvarsan, puis ne suit plus aucun traitement. Deux ans après elle expulse au

septième mois un enfant mort né et macéré pesant 1.150 grammes. Le placenta pèse 350 grammes présentant un aspect décrit sous le terme aspect chair à saucisses. La caduque reste presque en totalité retenue dans l'utérus. Le foie du fœtus est enlevé et envoyé dans un laboratoire pour examen.

Observation 803 de 1913. — II^e pare, contracte la syphilis en 1911. Son mari spécifique est soigné par des injections d'huile grise. Cette femme avorte en 1912 au troisième mois de la gestation. En 1913 elle expulse au septième mois un fœtus mort et macéré pesant 1.050 grammes. Le placenta pèse 330 grammes et a l'aspect chair à saucisses. La caduque est retenue presque en totalité.

Observation 159 de 1914. — IV^e pare de 32 ans, contracte la syphilis et présente un chancre peu de temps après ses premiers rapports sexuels. Le procréateur de tous ses enfants est syphilitique et n'a jamais suivi de traitement. La femme a pris quelques bouteilles de sirop de Gibert et depuis lors n'a plus suivi de traitement. Elle a en 1908 un premier accouchement à terme, mais l'enfant meurt au bout de quarante-cinq jours, puis elle a en 1909 une deuxième gestation pendant laquelle elle présente une éruption soignée par des frictions mercurielles et accouche d'un enfant vivant. En 1913, elle a une troisième gestation avec grand excès de liquide et expulse au huitième mois un fœtus mort et macéré. En 1914 une quatrième gestation se termine par l'expulsion au neuvième mois d'un fœtus de 3.020 grammes mort et macéré qui présente de l'ascite. Le placenta pèse 600 grammes, il a l'aspect chair à saucisse et la caduque est

retenue en totalité. On prélève le sang du cordon qu'on a envoyé au laboratoire.

Observation 1148 de 1914. — Primipare de 16 ans 1/2 syphilitique dont le mari est syphilitique. Cette femme semble avoir contracté la syphilis à seize ans au moment de ses premiers rapports. Elle expulse au septième mois de la gestation un fœtus de 1.750 grammes mort et macéré. Le placenta pèse 280 grammes et il a des cotylédons séparés par des sillons profonds.

Observation 1858 de 1909. — Primipare de 18 ans, présente au mois de mars des accidents spécifiques traités par des pilules. Le mari âgé de cinquante-cinq ans est lui aussi syphilitique. Cette femme expulse en novembre, au septième mois de sa gestation, un fœtus de 850 grammes mort né et macéré. Le placenta pèse 300 grammes. Il est pâle et les cotylédons sont séparés par des sillons profonds.

Observation 276 de 1910. — IV^e pare de 34 ans ayant eu antérieurement 2 enfants vivants et une fausse couche de deux mois. Le procréateur est syphilitique et a présenté les premiers accidents il y a huit mois, actuellement il présente encore des plaques muqueuses des lèvres et de la gorge. La femme présente des accidents secondaires depuis six mois : céphalées, alopécie, et actuellement on remarque une plaque muqueuse de la grande lèvre droite et une adénopathie généralisée et en particulier cervicale, rétro-mastoïdienne sous-occipitale. Elle a suivie un traitement mercuriel pendant vingt jours (pilules de potiodure). Cette femme expulse au septième mois un fœtus mort-né et macéré qui pèse

480 grammes. Le placenta pèse 190 grammes. Il a l'aspect chair à saucisses.

Syphilis reconnue chez la mère

Les cas dans lesquels on peut affirmer la syphilis sont beaucoup plus fréquents. Dans 55 cas de cette statistique, il s'agit de syphilis maternelle récente qui se manifestent par des signes cliniques.

Observation 973 de 1909. — Une femme de 23 ans présente, peu de temps après ses premiers rapports, des accidents spécifiques et plus particulièrement des plaques muqueuses dans la bouche. Le chancre est passé inaperçu. Cette femme est traitée à Broca pendant trois semaines puis revient une fois par semaine pendant quelque temps et finalement ne se soigne plus. Elle a trois gestations de trois procréateurs différents. La première se termine par l'accouchement à terme d'un enfant, qui meurt au bout de trois jours. La deuxième se termine par l'accouchement à terme d'un enfant vivant qui présente des lésions ostéo-articulaires. La troisième par expulsion, au huitième mois, d'un fœtus mort-né et macéré pesant 2.000 grammes. Le placenta pèse 570 grammes. La caduque est retenue presque complètement.

Observation 1828 de 1909. — Femme primipare, 19 ans, présente au cinquième mois de la gestation des accidents secondaires : plaques muqueuses hypertrophiées, pléiade ganglionnaire, maux de gorge, céphalées, collier de Vénus. Elle n'a suivi aucun traitement. Elle expulse au huitième mois un fœtus de 1.900 grammes, mort et macéré, présentant

de l'ascite et dont le ventre a l'aspect dit : « ventre de batracien ». Le foie et la rate sont hypertrophiés. Le placenta pèse 550 grammes. Les cotylédons volumineux sont séparés par des sillons profonds.

Observation 1887 de 1910. — Femme de 22 ans, primipare, a eu, il y a deux ans, un chancre région anale et deux mois après une roséole intense. Elle a pris pendant un an des pilules d'Hg, puis a suspendu tout traitement. Gestation bien surveillée au point de vue des urines. Cette femme expulse au neuvième mois un fœtus mort et macéré qui pèse 2.800 grammes. Le placenta pèse 370 grammes : il présente un infarctus ancien et des cotylédons volumineux et pâles. La caduque épaissie, vascularisée est retenue en partie.

Observation 1155 de 1913. — Femme de 24 ans qui présente au niveau de la vulve des plaques muqueuses avec adénopathie inguinale et qui a reçu à l'hôpital Broca une seule injection intraveineuse de 606. Cette femme a eu une gestation antérieure qui s'est terminée par un avortement. La gestation actuelle se termine au quatrième mois par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré qui pèse 670 grammes, suivi quatre heures après d'un placenta de 250 grammes.

Observation 688 de 1914. — Femme de 21 ans qui contracte au début de la gestation un chancre de la grande lèvre gauche et voit apparaître quatre mois après des plaques muqueuses de la vulve. Cette femme expulsa en juin un fœtus de 600 grammes mort et macéré avec un placenta de 200 grammes.

Observation 577 de 1915. — Femme de 24 ans qui a eu

une première gestation gémellaire caractérisée par la rétention, deux filles mortes et macérées. Cette femme a eu une roséole ; elle accuse des céphalées nocturnes fréquentes, de la chute des cheveux. La réaction de Wassermann est positive. La deuxième gestation se termine, deux ans après la première, par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré de 2.000 grammes et d'un placenta de 250 grammes qui a l'aspect chair à saucisses.

Observation 241 de 1918. — Femme de 32 ans qui a eu en 1903 et en 1911 deux accouchements normaux avec enfants vivants ; elle contracte en juillet 1917 un chancre de la grande lèvre gauche qui est traité par trois séries de néosalvarsan depuis le mois d'octobre ; les dernières règles étant du 10 juillet de la même année. Elle expulse en février 1918 un fœtus mort macéré qui pèse 620 grammes et un placenta de 140 grammes.

Ces deux groupes de syphilis récente, qu'elle concerne les deux conjoints ou qu'elle se manifeste simplement chez la mère, présentent certains caractères qu'il importe de relever :

1° Par le simple interrogatoire et par l'examen de la femme qui se présente en état de rétention, on arrive déjà à reconnaître des symptômes de syphilis et à soupçonner la cause qui a provoqué la mort du fœtus ;

2° Dans cette catégorie de cas, quand on examine l'œuf au point de vue macroscopique, on remarque que les stigmates sont plus prononcés du côté du fœtus mort que du côté du placenta et des membranes. Du côté du fœtus, on remarque d'abord que

la mort du fœtus est précoce et que les fœtus expulsés sont de poids — et par conséquent — d'âge très inférieures à ceux des autres catégories. Dans cette série de 60 cas, 17 fœtus pèsent moins de 1.000 grammes et 15 de 1.000 à 1.750 grammes soit 32 au-dessous de 1.750 grammes, chiffres qui correspondent approximativement à six mois de gestation.

On trouve aussi au niveau du fœtus des symptômes faciles à apprécier. Ces fœtus présentent de l'ascite, le ventre est augmenté de volume particulièrement dans sa partie supérieure, au niveau de l'hypocondre. Le foie et la rate sont hypertrophiés. Du côté de l'œuf, les signes sont moins nets. Sur cette série de 60 cas, nous n'avons trouvé que 3 cas de placenta volumineux : 810 grammes, 860 grammes, 900 gr.

Si l'on fait ensuite le rapport des poids du fœtus et du placenta on constate que dans 31 cas sur 60 — soit donc environ la moitié — le rapport est inférieur à un quart et il convient de redire que l'on a affaire à des fœtus qui sont le plus souvent au sixième et septième mois, et par conséquent ce rapport se rapproche très sensiblement de la normale, si l'on se rapporte aux chiffres donnés dans la thèse de Schwab (Paris 1896) :

Dans 20 cas, il est compris entre un quart et un tiers.

Dans 7 cas seulement sur 60 ce rapport est supérieur à un tiers.

Enfin, dans quelques cas, mais rarement, deux fois sur 60, on a noté l'excès de liquide amniotique.

Syphilis reconnue par l'examen de l'œuf

Si l'on s'en tenait à ces deux groupes où le diagnostic s'impose à cause des accidents présentés par les procréateurs et surtout par la mère au cours de la gestation, on risquerait de laisser inaperçu le plus grand nombre d'accidents qu'il faut imputer à la syphilis et qui déterminent la mort du fœtus. Ce sont ces symptômes ovulaires constatés au niveau du fœtus et du délivre qui permettent en clinique de faire un diagnostic. Et si l'on recherche alors comment la syphilis a pu intervenir, on peut remonter soit à une syphilis des procréateurs soit à une syphilis de la génération précédente et l'on peut arriver à faire chez les grands parents un diagnostic rétrospectif et à découvrir des accidents tardifs qui concordent avec les accidents obstétricaux qui ont mis sur la piste. La gestation produit en quelque sorte une réactivation de la syphilis héréditaire.

Il est assez difficile de faire uniquement par des moyens cliniques la distinction entre les cas où la syphilis paraît indéniable et d'autres cas où elle est seulement probable. Nous avons mis dans la première catégorie toutes les observations où l'on trouve réunis des signes concordants à la fois du côté du fœtus et du côté du placenta.

Notre statistique présente 54 de ces cas dont voici quelques observations.

Observation 340 de 1910. — Femme de 23 ans, qui a en 1905 un premier accouchement normal avec enfant vivant.

En 1908 elle expulse un fœtus mort et macéré avec placenta de 850 grammes et a une troisième gestation en 1910 ; on ne découvre chez cette femme aucun antécédent de syphilis. Le procréateur de ces trois enfants est le même ; il ne présente aucun accident de spécificité. Cette femme expulse au septième mois un fœtus de 1.820 grammes mort et macéré et un placenta de 1.280 grammes à gros cotylédons séparés par des sillons profonds.

Observation 1376 de 1910. — Femme de 34 ans qui a eu une première gestation normale avec accouchement spontané. Cette femme change de procréateur et elle a successivement trois enfants morts nés macérés puis un cinquième enfant vivant de 3.150 grammes avec placenta de 680 grammes, et excès de liquide. Cet enfant meurt trois jours après la naissance. La sixième gestation se termine en septembre 1910 par l'expulsion d'un fœtus mort macéré de 2.540 gr. avec placenta de 900 grammes. Excès de liquide.

Observation 1304 de 1911. — Femme de 38 ans qui a eu un premier accouchement normal avec enfant vivant, puis une deuxième gestation qui se termine par un avortement au quatrième mois d'un fœtus mort. Cette femme a une troisième gestation qui se termine au septième mois par l'expulsion d'un enfant de 2.690 grammes mort macéré. Excès de liquide. Placenta pesant 1.210 grammes ayant l'aspect chair à saucisses. Cette femme présentait en outre des traces d'albumine pendant quinze jours.

Observation 151 de 1913. — Femme de 39 ans qui a un premier enfant vivant. Une deuxième gestation se termine par l'expulsion d'un fœtus de 1.430 grammes mort et macéré

qui présente de l'ascite avec gros foie, dont le ventre à la forme d'un ventre de batracien. Le placenta pèse 800 gr. et a l'aspect chair à saucisses.

Observation 971 de 1915. — Femme de 26 ans qui a eu un premier accouchement prématuré au septième mois d'un enfant ayant vécu vingt-quatre heures. La deuxième gestation se termine par l'expulsion au neuvième mois d'un fœtus de 2.520 grammes mort et macéré avec placenta de 860 gr. dont l'aspect est chair à saucisses. En outre la femme a présenté un excès de liquide considérable. On a pu recueillir 1.200 grammes de liquide.

Observation 1040 de 1917. — Femme de 23 ans qui a eu deux gestations antérieures se terminant la première par l'expulsion d'un enfant qui présente de l'ascite et meurt au bout de quelques minutes ; la deuxième par l'expulsion d'un enfant mort macéré avec ascite et placenta de 700 gr. A ces deux gestations la femme a présenté en outre des vomissements graves durant les premiers mois. La troisième gestation se termine par l'expulsion au huitième mois d'un fœtus de 2.420 grammes mort macéré qui présente de l'ascite. Le placenta pèse 650 grammes et a l'aspect chair à saucisses. Aucun signe de syphilis dans les antécédents de cette femme.

Observation 705 de 1918. — Femme de 40 ans qui a eu il y a trois ans à terme un enfant mort né. Cette femme a une deuxième gestation avec excès de liquide, elle expulse au neuvième mois un fœtus mort né et macéré qui pèse 2.530 gr. avec un placenta de 650 grammes à l'aspect chair à saucisses.

Observation 352 de 1911. -- VII^e pare qui a eu trois avortements et deux expulsions d'enfants morts-nés macérés. Cette femme est traitée pendant la gestation et reçoit deux cuillerées à bouche par jour d'une solution iodo-hydrargyrique. En février elle présente de l'albumine et est mise au régime lacté pendant deux mois tout en continuant le traitement mercuriel. Elle expulse en mars un fœtus mort né et macéré du poids de 2.900 grammes avec un placenta de 1.890 grammes. La caduque est retenu en totalité.

Observation 782 de 1912. — Femme 25 ans qui a eu antérieurement six avortements, un accouchement prématuré d'hydrocéphale et une rétention de fœtus mort et macéré. Elle vient consulter à l'occasion de sa neuvième gestation. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. Cette femme est mise au traitement spécifique, iodo-hydrargyrique. Elle expulse au neuvième mois un fœtus mort macéré qui pèse 2.850 grammes avec un placenta de 2.550 grammes.

L'étude des observations de syphilis de l'œuf permet de relever certains caractères particuliers tant pour le fœtus que pour le placenta.

Signes fœtaux. — Le nombre de fœtus qui présentent de l'ascite est considérable, 30 sur 54, dont plus de la moitié des cas.

Signes placentaires. — Le placenta présente des altérations qui sont encore plus marquées : l'hypertrophie du placenta qui est considérée comme un signe clinique de grande valeur dans la thèse de Correo Draz inspirée par M. le professeur Pinard, est extrêmement marquée. Nous voyons que 25 sur 54 dépassent 600 grammes et sur ce nombre 8 dé-

passent 800 grammes et 4 dépassent 1.000 grammes dont un de 1.890 grammes et un de 2.550 grammes.

Si maintenant on examine la proportion du poids du placenta, on constate que pour 13 seulement le rapport est inférieur à un quart alors que 21 ont un rapport supérieur à un tiers ; 20 sont compris entre un tiers et un quart. Il faut se souvenir que le fœtus meurt en général à un âge plus avancé et ce rapport diminue normalement quand la gestation est plus proche du terme. Ces chiffres ont d'autant plus de valeur si on les compare aux chiffres des catégories précédentes et surtout aux chiffres normaux.

L'excès de liquide amniotique est aussi beaucoup plus fréquent et s'observe dans 10 cas, soit un cinquième des cas.

Syphilis probable

Il est un grand nombre de cas dans lesquels on peut à l'heure actuelle acquérir par des moyens cliniques la conviction que la mort du fœtus a été causée par la syphilis, bien qu'on ne puisse l'affirmer avec certitude. Dans ces cas on n'a pas habituellement tous les signes réunis du côté de l'œuf, des membranes et du fœtus ; mais seulement quelques-uns de ces signes. Le plus souvent quand la mort est tardive, c'est l'hypertrophie placentaire qui éveille les soupçons. M. le professeur Pinard disait que tout placenta qui dépasse 600 grammes devait être suspecté. Dans d'autres cas, quand le fœtus meurt de

façon précoce, c'est le rapport des poids du fœtus et du placenta qui est trop considérable pour l'âge de la gestation. C'est ainsi qu'on peut voir un fœtus de 900 grammes avec un placenta de 500 grammes (observation 1388 de 1916).

Il faut aussi tenir compte de l'aspect du placenta, sa coloration plus pâle, d'où la dénomination « chair à saucisses ». Enfin ces signes concordent parfois avec des cas où l'un des procréateurs, le plus souvent la femme a présenté des signes qui ont disparu au moment de l'examen et qui n'ont pas été caractérisés, mais qui permettent de supposer qu'il s'agissait d'une lésion syphilitique le plus souvent secondaire. C'est le cas des primipares jeunes qui ont eu des éruptions non surveillées peu de temps après les premiers rapports ou bien au début de la gestation et qui ont une rétention dès la première gestation. Toutefois ces hypothèses n'ont de valeur que si l'on trouve du côté de l'œuf quelque autre signe qui, par lui-même, fait supposer déjà qu'il peut s'agir de syphilis.

Syphilis maternelle probable

Il est bien difficile, lorsque la syphilis n'est pas certaine, de l'attribuer au père ou à la mère. Lorsqu'on n'a aucun moyen de faire la distinction, il est naturel de penser qu'elle doit être attribuée à la mère. Dans la plupart des cas cependant nous avons cru pouvoir établir la distinction en nous basant sur

les accouchements antérieurs et en nous aidant des renseignements fournis par la femme particulièrement lorsqu'elle changeait de procréateur. C'est ainsi qu'on attribue *a priori* la syphilis à la mère lorsqu'elle a présenté des rétentions à plusieurs gestations antérieures (observation 235 de 1916). Au contraire lorsqu'une femme a eu une gestation normale avec enfant vivant par un premier procréateur et qu'un deuxième procréateur lui donne une deuxième gestation qui se termine par l'expulsion d'un enfant mort et macéré présentant de l'ascite avec gros placenta, il semble logique d'accuser ce deuxième procréateur (observation 1274 de 1914). Nous avons réuni 91 observations de ce genre dont voici quelques-unes :

Observation 1406 de 1910. — Primipare de 16 ans 1/2, qui aurait eu peu de temps après son mariage une éruption non caractérisée et qui ne se souvient d'aucun autre accident. Cette femme expulse au huitième mois un fœtus de 1.770 grammes avec placenta de 500 grammes.

Observation 1033 de 1911. — II^e pare de 25 ans qui en 1908 expulse au quatrième mois un fœtus mort et macéré ; elle change de procréateur et en 1919 expulse au sixième mois un fœtus mort et macéré. En 1911 elle a une troisième gestation du même procréateur qui se termine par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré de 2.240 grammes avec un placenta de 600.

Observation 549 de 1918. — Femme de 25 ans qui a en 1913 un premier accouchement normal avec enfant vivant. En

1912 elle a une deuxième gestation qui se termine par l'expulsion au neuvième mois d'un fœtus mort et macéré de 2.400 grammes avec placenta de 750 grammes.

Syphilis du père probable

La syphilis probable du père et la plus difficile à mettre en évidence à l'occasion d'une gestation. Nous mettons à part les cas où la femme a intérêt à tromper son médecin et nous ne pouvons donc compter sur les signes fournis par l'interrogatoire. *Cliniquement* il existe cependant un certain nombre de cas où on ne trouve aucun signe du côté de la mère et où l'on a des raisons de supposer, en présence des signes de syphilis constatés au niveau de l'œuf, que le père est probablement syphilitique.

Observation 1934 de 1909. — Femme de 30 ans qui a d'un premier procréateur trois accouchements normaux avec enfants vivants. Elle change de procréateur, elle a un quatrième enfant qui meurt de méningite (?) à trois mois ; une cinquième gestation qui se termine par l'expulsion d'un enfant mort né et macéré. La sixième gestation se termine par l'expulsion d'un enfant mort né et macéré de 2.320 grammes avec placenta de 460 grammes mou et pâle.

Observation 824 de 1913. — Femme de 24 ans qui en 1910 a un accouchement normal avec enfant vivant. Elle change de procréateur et en 1913 elle expulse un enfant mort et macéré de 3.100 grammes avec placenta de 600 grammes qui présente l'aspect chair à saucisses.

Observation 43 de 1914. — Femme de 21 ans. Primipare qui expulse au neuvième mois un fœtus de 2.470 gram-

mes mort et macéré avec placenta de 620 grammes présentant l'aspect chair à saucisse. Cette femme ne présente aucun antécédent pathologique ; mais l'interrogatoire permet de supposer que le père en aurait présenté.

Gros œuf

Nous croyons qu'il faut établir une catégorie spéciale des cas qui se terminent par l'accouchement d'un gros œuf et qu'il faut rattacher cette catégorie à celle de la syphilis probable. Nous avons dans cette période quatre cas de gros œuf chez des femmes qui ne présentent aucun antécédent pathologique expliquant la cause de cet excès de développement.

Dans l'observation 1388 de 1910 une primipare de 23 ans accouche d'un enfant mort né et macéré de 4.950 gr., avec placenta de 670 grammes.

Dans l'observation 1058 de 1911 une femme qui a eu deux accouchements normaux d'enfants vivants, mais qui sont morts à quelques mois, expulse un enfant de 3.800 gr., mort né et macéré et placenta de 550 grammes.

Dans l'observation 405 de 1912 une femme de 34 ans, qui a quatre enfants vivants, a une cinquième gestation se terminant par l'expulsion d'un fœtus volumineux mort et macéré et expulse à sa sixième gestation un fœtus de 5.500 grammes mort et macéré avec placenta de 730 grammes.

Dans l'observation 144 de 1915 une femme expulse à sa deuxième gestation un fœtus mort et macéré de 1.880 gr.

avec placenta de 280 grammes sans aucune lésion apparente. Cette femme a eu du même procréateur une première gestation se terminant par l'accouchement d'un enfant de 4.370 gr. avec placenta de 700 grammes.

Récidives

Il arrive fréquemment d'observer des femmes qui ont plusieurs gestations successives se terminant par expulsion de fœtus morts et macérés ; les cas sont extrêmement variables et on pourrait décrire plusieurs formes cliniques.

Dans l'observation 1064 de 1912 par exemple une femme a 3 gestations et chaque fois elle expulse un fœtus mort et macéré. C'est une femme dont la syphilis a été constatée mais dont le traitement est insuffisant. Dans d'autres cas, observation 1934 de 1909 par exemple, une femme a 3 premiers enfants vivants du premier procréateur, puis 3 enfants morts et macérés d'un deuxième procréateur.

Enfin le tableau qu'on observe le plus souvent est celui d'une femme qui commence par avoir un avortement, puis une ou plusieurs rétentions de fœtus morts et finalement après un traitement approprié des enfants vivants.

Nous avons cherché à savoir qu'elle pouvait être la proportion des récidives. Sur l'ensemble de 237 femmes considérés comme syphilitiques dans cette statistique, 163 sont des multipares, 78 dont la syphilis est certaine, 85 dont la syphilis est probable. Sur

les 78 dont la syphilis est considérée comme certaine 42 ont eu antérieurement des rétentions de fœtus morts ou des avortements. Sur les 85 femmes dont la syphilis est considérée comme probable, 45 ont eu antérieurement des rétentions de fœtus morts ou des avortements.

La proportion est très sensiblement la même dans ces deux cas et dépasse 50 o/o.

Ces faits nous rappellent l'opinion que M. le professeur Pinard avait émise depuis longtemps que le terme de « mort habituelle » du fœtus est un terme impropre dans les cas de ce genre, il faut attribuer la mort du fœtus à des causes bien déterminées parmi lesquelles la syphilis.

Diagnostic

I. *Par la clinique.* — L'étude que nous avons entreprise sur les rapports de la syphilis avec la mort du fœtus pendant la gestation nous a convaincu de l'importance que présente le diagnostic étiologique.

L'examen des méthodes cliniques reste à la base du diagnostic.

Dans les cas de cette statistique qui porte sur un grand nombre d'années et qui a été faite dans la même clinique par des observateurs ayant une même mentalité, le diagnostic a pu être fait au moyen de méthodes cliniques d'une façon régulière.

Les moyens qu'elle nous fournit concernent d'abord

les procréateurs ; l'interrogatoire et l'examen de la femme fournissent les premiers renseignements. L'histoire des gestations antérieures est importante à connaître et la fréquence des rétentions antérieures et des avortements peut déjà donner des présomptions.

Pendant la gestation l'excès de liquide se produit de façon relativement fréquente et doit éveiller l'attention.

L'accouchement permet l'examen du fœtus et du placenta. Le fœtus au point de vue macroscopique présente les signes de macération en rapport avec la durée de la rétention. En outre il a le ventre gros, l'ascite est fréquente. On peut observer des malformations. Nous en avons observé 8 cas dans notre statistique.

Le placenta fournit des renseignements précieux ; il faut considérer comme suspect tout placenta dont le poids dépasse 600 grammes mais en outre quand le fœtus est peu développé et y a lieu d'établir les rapports des poids du placenta et du fœtus. D'autre part le placenta a une coloration plus pâle qui lui donne l'aspect désigné sous le nom « chair à saucisses ».

L'autopsie, quand il est possible de la faire, doit être considérée comme un complément indispensable des méthodes cliniques. L'autopsie a donné des renseignements de grande valeur. Elle a montré la fréquence de l'hypertrophie d'organes tels que le foie, la rate ; elle a permis de découvrir des malformations internes qui ont la même signification que les malfor-

mations externes que nous avons relevées ci-dessus ; c'est ainsi que l'on trouve des malformations cardiaques, le rein polykystique, des lésions des organes génitaux, etc... Enfin l'autopsie est indispensable pour permettre les prélèvements nécessaires aux méthodes de laboratoire dont nous allons parler.

II. *Méthode de laboratoire.* — A l'heure actuelle, avec les perfectionnements réalisés dans les temps modernes, la recherche par les méthodes cliniques n'est cependant pas suffisante, car elle risque de laisser des cas pour lesquels le diagnostic reste hésitant ; elle demande donc à être suppléée et confirmée par la recherche du tréponème et par la réaction de Bordet-Wassermann.

1° **Réaction de Bordet-Wassermann.** — Cette réaction doit être recherchée chez toute femme en état de gestation pouvant être suspectée de syphilis. Il y a donc lieu de la rechercher dans tous les cas de rétention où il n'y a pas une autre cause nettement apparente.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive chez presque toutes les mères qui sont saines en apparence mais qui ont eu un ou plusieurs enfants syphilitiques. Hoch (Thèse de Paris, 1920) a examiné à la clinique Baudelocque 148 femmes sans lésions et a trouvé la réaction de Bordet-Wassermann positive dans 123 cas sans compter plusieurs réactions notées douteuses.

Dans un travail inspiré par M. le Professeur Couvelaire à la Clinique Baudelocque, on a fait la réaction

de Bordet-Wassermann chez toutes les femmes qui avaient un gros placenta et on a trouvé sur 170 cas, la réaction de Bordet-Wassermann positive soixante-sept fois.

Il faut conclure de ces chiffres que la réaction de Bordet-Wassermann est un moyen d'investigation qui confirme souvent les résultats obtenus par la clinique et qu'à ce titre elle est très utile et intéressante.

2^e **Recherche des tréponèmes.** — La recherche des tréponèmes elle aussi est tout à fait concluante, mais seulement quand elle est positive. Hoch affirme que les organes d'un macéré syphilitique sont habituellement bourrés de tréponèmes et que les grandes phlyctènes qui soulèvent l'épiderme les contiennent en grand nombre. De même on trouve des tréponèmes en grand nombre au niveau de certains viscères, particulièrement le foie et la rate.

Traitement suivi. — Si l'action de la syphilis sur la gestation en évolution est tellement néfaste c'est que dans aucun cas, où la syphilis a déterminé la mort du fœtus, le traitement n'a été suffisant.

Pour ne parler que des 60 cas où la syphilis s'est manifestée par des accidents primaires ou secondaires d'un ou des deux procréateurs et où le diagnostic de syphilis en évolution a pu être fait, examinons quel a été le traitement institué.

La plupart de ces femmes, 28, n'ont suivi aucun traitement ; six ont suivi un traitement très irrégulier et de courte durée sur lequel elles ne donnent aucun renseignement précis.

De 1909 à 1912 on trouve 6 femmes qui se sont contentées de prendre des pilules mercurielles ou un sirop iodo-hydrargyrique.

Une femme en 1914 a été soignée au moyen de frictions mercurielles.

En résumé voici donc un total de 41 femmes sur lesquelles 28 n'ont suivi aucun traitement et 13 soignées par des méthodes insuffisantes. En outre le traitement a été appliqué pendant une durée insignifiante.

On peut dire que 41 femmes sur 60, c'est-à-dire 66 o/o, n'ont pas eu de traitement anti-syphilitique régulier.

Les méthodes du traitement mercuriel par injection a été la méthode de choix jusqu'à l'époque de la découverte du traitement arsenical.

Douze femmes ont été traitées par cette méthode. Quelques-unes ont été traitées antérieurement à la gestation. Observation 973 de 1909. L'une même a été traitée pendant deux ans. Observation 583 de 1910 mais les symptômes sont réapparus pendant la gestation et la femme n'a plus été traitée. Cinq femmes seulement semblent avoir été traitées pendant la gestation durant plusieurs mois. Observation 937 de 1914, 1198 de 1917, 907 de 1918, 803 de 1913, 42 de 1911 (4 mois).

Certaines femmes ont reçu un nombre de piqûres insuffisants ; observation 13 de 1911, six injections d'huile grise. Observation 953 de 1911, quatre piqûres d'Hg. Observation 1254 de 1912, onze piqûres de

benzoate de Hg. Observation 256 de 1911, 20 jours de traitement. Observation 926 de 1912, 17 piqûres de Hg.

En résumé, pour 13 femmes la méthode suivie

Syphilis

Années	CERTAINE			PROBABLE	
	Syphilis reconnue des deux conjoints	Syphilis reconnue chez la mère	Syphilis reconnue par les signes ovulaires	Syphilis maternelle probable	Syphilis paternelle probable
1909	1	5	4	12	3
1910	1	4	9	5	2
1911	1	6	6	9	2
1912		8	4	7	3
1913	2	5	6	8	4
1914	2	4	1	8	4
1915		3	4	1	2
1916		2	4	12	3
1917		4	9	5	2
1918		4	7	9	2
1919		8		15	1
Total	7	53	54	91	28

Gros œuf: 4

aurait pu être bonne, mais la durée du traitement fut nettement insuffisante.

La méthode des injections intraveineuses de néo-salvarsan a été utilisée pour huit femmes à partir de 1913. Sur ce nombre deux femmes ont une seule injection, une autre en a reçu deux, une en a reçu trois, une en a reçu quatre. Trois femmes seulement ont été traitées durant plusieurs mois au cours de la ges-

tation, une femme pendant trois mois, une autre pendant quatre mois, une troisième pendant six mois. Ces trois dernières en 1918 et 1919.

Il semble donc que sur notre chiffre global de 60 syphilis en activité, trois femmes seulement ait suivi pendant leur gestation un traitement actif.

Albuminurie et toxémie gravidique

On peut voir survenir au cours de la gestation des manifestations diverses d'auto-intoxication chez des femmes qui n'avaient le plus souvent aucune altération antérieure connue de la santé et dont les antécédents pathologiques ne révèlent rien d'anormal.

Le syndrome albuminurique est le phénomène le plus constant que l'on observe dans ces états d'auto-intoxication gravidique. Mais on peut voir d'autres toxémies à caractères distincts survenant pendant la gestation, les unes comme l'éclampsie s'accompagnant elle-même du syndrome albuminurique, d'autres au contraire en paraissant indépendantes comme l'anémie dite pernicieuse progressive, et les vomissements incoercibles.

Les toxémies gravidiques sont après la syphilis la cause la plus fréquente qui détermine la mort du fœtus au cours de la gestation. On a beaucoup étudié durant le siècle dernier les conséquences néfastes que l'on pouvait voir survenir chez la femme qui présentait ces états de toxémie, et la conséquence heureuse du traitement par l'hygiène spéciale et par

le régime lacté sur lequel M. Pinard a particulièrement insisté. Tarnier a montré qu'une femme qui a été soumise au régime lacté intégral pendant huit jours ne fait pas de crises éclamptiques. Ces faits que nous rappelons montrent bien que l'on s'est surtout attaché à combattre et à prévenir les complications d'albuminurie et il s'est trouvé qu'en essayant et en réussissant d'améliorer l'état de la mère, on améliorerait aussi le sort du fœtus. Dans cette étude nous envisageons la question des toxémies gravidiques sous un angle particulier et cherchons à montrer quelle peut être son influence sur la mort du fœtus au cours de la gestation.

L'étude que nous entreprenons est facilitée par l'habitude que les femmes ont prises de venir à des consultations spécialement organisées à leur intention. Dans ces consultations on fait d'une manière systématique l'examen des urines pour la recherche de l'albumine. Il arrive ainsi que l'on puisse dépister un grand nombre d'albumines de la gestation. Toutes les femmes qui accouchent à la Clinique cependant ne viennent pas se faire examiner ou viennent d'une manière trop irrégulière et la présence de l'albumine passe inaperçue. Par l'interrogatoire on retrouve chez quelques-unes de ces femmes les symptômes qui font partie du syndrome albuminurique et qui permettent de faire un diagnostic rétrospectif.

Mais il reste un nombre de cas assez considérable où l'on ne trouve pas de signes cliniques pendant la gestation ni pendant le travail et l'on ne peut faire

le diagnostic que par des signes ovulaires. Nous pensons cependant qu'il faut rattacher ces cas aux précédents et les classer parmi les toxémies de la gestation.

I. — Albuminurie constatée

Le nombre de femmes ayant présenté de l'albuminurie au cours de la gestation et dont le fœtus est mort est de 75, correspondant à une mortalité fœtale de 576 pendant ces onze années. La plupart de ces femmes ont présenté en outre des troubles de la santé générale tels que l'œdème des jambes et des paupières, des céphalées, des troubles de la vue, la barre épigastrique qui sont les symptômes observés habituellement dans les cas où l'on trouve de l'albumine dans les urines.

Voici quelques observations de ce groupe :

Observation 885 de 1913. — Primipare de 23 ans sans antécédent de néphrite antérieure vient consulter à la Clinique parce qu'elle s'aperçoit qu'elle a de l'œdème des mains et des malléoles, et on constate la présence d'albumine. On lui conseille le régime lactée absolu, mais elle n'observe pas son régime et on constate à trois reprises différentes la présence d'albumine dans les urines. Cette femme vient accoucher au cours du neuvième mois, ayant une tension artérielle de 20 au Pachon. Elle expulse un fœtus de 2.000 grammes mort et macéré qui présente l'aspect dit : « araignée ». Le placenta présente de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents.

Observation 1573 de 1912. — Primipare de 22 ans

ayant eu ses dernières règles du 6 au 12 mai, vient consulter pour la première fois le 10 décembre. Cette femme présente de l'œdème des membres inférieurs et de la bouffissure du visage. A l'examen on trouve des urines fortement albumineuses qui se prennent en masse. La femme refuse de rester à la Clinique durant toute la journée, elle se plaint de céphalées, d'agitation, de vertige et le soir même survient une crise éclamptique. Les crises se répètent, la femme meurt à la Clinique en état de coma. Le lendemain matin, la dilatation est complète. On extrait un enfant mort avec phlyctènes des membres inférieurs et pesant 1.400 grammes. Le placenta pèse 210 grammes. Il est farci de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents. La femme meurt le 14.

Observation 63 bis de 1919. — Primipare de 22 ans ayant eu ses dernières règles du 5 au 10 mai. Le 7 janvier on constate chez cette femme de la bouffissure de la face. Pas d'œdème des membres inférieurs. A l'examen des urines on trouve 2 gr. 50 d'albumine. Cette femme est admise à la Clinique le 16 janvier où elle est soumise au régime lacté absolu. Albumine 2 gr. 50. T. A. : 17,5 Malgré les observations qui lui sont faites, elle quitte la clinique le 18 janvier. Elle expulse le 19, un fœtus mort et macéré pesant 1.800 gr. avec un placenta de 450 grammes présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents.

II. — Signes de toxémie sans albumine constatée

Neuf femmes sont venues accoucher d'un fœtus mort, qui pendant leur gestation ne s'étaient présentées à aucune consultation et chez lesquelles on n'a pas trouvé d'albumine au moment de l'accou-

chement. Mais les femmes ont présenté des troubles révélés par l'interrogatoire et qui sont en tous points comparables à ceux du syndrome albuminurique tels que l'œdème des membres inférieurs, bouffissure des paupières, épistaxis, bourdonnements d'oreilles, crampes musculaires, douleurs lombaires. Ce sont des femmes qui ont tous les signes du syndrome albuminurique au cours de la gestation et qui n'ont plus au moment de l'accouchement d'albumine dans les urines.

L'observation 1817 de 1909 en est un exemple remarquable. Femme de 37 ans qui a un premier accouchement prématuré d'enfant vivant. Cette femme vient consulter une fois au quatrième mois de sa gestation. Pas d'albumine en ce moment. Elle ne revient plus, quoiqu'elle présente des troubles fonctionnels : œdème des paupières, céphalées, bourdonnements d'oreilles, douleurs lombaires, crampes et fourmillements. Cette femme expulsa un fœtus mort et macéré de 1.250 grammes avec un placenta de 150 grammes qui présente des foyers hémorragiques anciens.

Si l'on ajoute ces 9 cas au 75 de la série précédente, nous obtenons le total de 84, ce qui donne 14 0/0 de morts fœtales qu'il faut attribuer au syndrome albuminurique.

Le fœtus présente des symptômes de macération qui n'ont aucun rapport avec la cause de l'affection qui a causé la mort et il ne serait pas possible de faire un diagnostic étiologique d'après les signes de macération.

Le poids du fœtus est en relation avec l'âge auquel

il est mort, mais on peut constater d'une façon générale qu'il n'y a pas de fœtus très développés et que ceux atteignant trois kilos sont extrêmement rares. Ce fait a peu de valeur par lui-même, mais il est intéressant de le signaler pour mettre en évidence de très faible poids du placenta.

Le placenta est nettement de poids inférieur à la normale, ce qui le distingue du placenta syphilitique qui est supérieur à la normale. De même le rapport du poids du placenta et du fœtus est bien souvent inférieur à la normal. C'est ainsi que nous avons sur 127 cas, 24 cas dont le rapport égal $1/7$; en outre 54 cas ont un rapport entre $1/5$ et $1/6$, chiffre qui serait normal pour un fœtus à terme, mais qui est faible étant donné que le fœtus meurt avant terme. Enfin dans 18 cas il est compris entre $1/5$ et $1/4$ et pour les autres cas supérieur à $1/4$.

Mais la caractéristique du placenta est qu'il contient avec une fréquence remarquable des traces de foyers hémorragiques, tantôt ce sont des infarctus blanchâtres organisés, que l'on peut voir à la surface ou qu'il faut chercher par le toucher et reconnaître à la coupe.

Tantôt ce sont des foyers hémorragiques récents plus étendus de coloration violacés ; enfin mais plus rarement dans la partie centrale du placenta une sorte de cupule remplie de caillots volumineux qui est le vestige d'une hémorragie rétro-placentaire. Nous avons signalé neuf cas avec hémorragie rétro-placentaire.

III. — Lésions ovulaires sans albuminurie constatée

A côté des observations où l'on peut mettre en évidence la toxémie gravidique soit en constatant la présence d'albumine dans les urines, soit en relevant les troubles fonctionnels que cette toxémie détermine chez la femme en état de gestation, il est une série de cas dans lesquels on ne soupçonne pas la toxémie pendant la gestation, mais où elle détermine cependant des lésions au niveau du placenta qui peuvent causer la mort de l'enfant. Ces lésions sont en tous points comparables à celles que nous venons de décrire au niveau du placenta albuminurique, ce sont des placenta de petits volumes au milieu desquels on trouve des foyers hémorragiques souvent multiples qu'il faut considérer comme de véritables infarctus, les uns anciens, les autres récents et qui donnent au placenta un aspect truffé caractéristique.

Le fœtus est aussi de petit volume, il présente cette atrophie des tissus mous qui l'a fait désigner sous le nom de type « araignée ». Fœtus et placenta considérés en eux-mêmes et examinés sous le rapport de leurs poids ont tous les caractères qui permettent de les classer à côté de la catégorie précédente.

Dans cette statistique nous avons compté 43 cas de ce genre dont voici une observation :

Observation 1340 de 1916. — Primipare de 22 ans qui ne présente aucun antécédent pathologique et qui n'a

pas d'albumine au moment de l'accouchement ; sa gestation n'a pas été surveillée. Cette femme expulse au début du neuvième mois un fœtus de 2.100 grammes mort et macéré. Le placenta pèse 240 grammes, il est atrophié et présente de nombreux foyers hémorragiques.

Le plus souvent l'albumine n'a pas été constatée parce qu'elle n'a pas été cherchée ; la femme ne présentant aucun trouble fonctionnel. Nous avons cependant observé le cas d'une femme dont les urines avaient été examinées régulièrement sans qu'on puisse mettre l'albumine en évidence et qui a présenté tous les signes d'une rétention de fœtus mort par albuminurie. Toutefois il faut savoir que l'albumine disparaît le plus souvent, dès la mort du fœtus, et que d'autre part le fœtus mort peut rester pendant plusieurs mois dans la cavité utérine, de sorte qu'il est possible que les examens d'urine soient faits même pour la première fois après la mort du fœtus, et dans ces cas on ne trouve au placenta que des infarctus anciens.

Observation 1151 de 1916. — III^e pare de 28 ans, qui a eu un premier accouchement se terminant au huitième par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré de 1.060 grammes et d'un placenta de 340 grammes farci de foyers hémorragiques anciens et récents avec albuminurie pendant cette gestation. La deuxième gestation s'est terminée au neuvième mois par l'expulsion d'un fœtus de 1.920 gr. mort et macéré avec placenta de 370 grammes farci également de foyers hémorragiques anciens et récents. La femme avait présenté de l'albuminurie pendant la gestation.

Durant sa troisième gestation la femme a consulté une fois à la Clinique Baudelocque. Pas d'albumine trouvée à l'examen des urines. Cependant la femme expulse au huitième mois un fœtus mort et macéré de 2.200 grammes avec placenta de 380 grammes qui présente des foyers hémorragiques anciens.

Eclampsie. — Nous n'avons pas cru devoir réserver un chapitre spécial aux femmes qui présentent des accès éclamptiques. Ces femmes présentent tous les caractères des catégories précédentes : présence d'albumine dans les urines, troubles fonctionnels pendant la gestation, lésions placentaires. L'éclampsie n'est donc qu'une forme plus grave de la toxémie gravidique aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Si nous consultons la thèse de Guillemet on observe la mort du fœtus dans 33 o/o des cas d'éclampsie.

Si nous ajoutons les chiffres obtenus dans ces diverses catégories nous obtenons un total de 127 cas de morts fœtales qu'il faut attribuer au syndrome toxémique, ce qui fait sur un nombre total de 576 une proportion de 22 o/o.

Récidives. — Nous avons peu de moyens de savoir si les femmes chez lesquelles nous avons observé la mort fœtale par albuminurie auront des récidives, c'est-à-dire si l'albuminurie va disparaître définitivement après cette rétention ou bien si elle reparaitra aux gestations suivantes et si elle causera nécessairement encore des morts fœtales. Toutefois nous pouvons savoir par l'interrogatoire des femmes si

elles ont eu déjà des rétentions antérieures. Sur cette statistique à 127 cas, il nous faut d'abord éliminer 54 primipares qui ne peuvent nous fournir aucun renseignement sur cette question. Il reste 73 multipares. Sur ce nombre une femme avait eu antérieurement des crises éclamptiques et 17 femmes avaient eu antérieurement de l'albuminurie ayant produit la mort du fœtus pendant la gestation. Parmi elles 15 avaient eu une seule rétention antérieure, deux avaient eu deux rétentions et une femme avait déjà présenté 6 rétentions.

En résumé on peut dire qu'un quart des femmes avaient présenté des rétentions antérieures.

Traitement suivi. — La proportion encore élevée des morts de fœtus qu'il faut attribuer aux toxémies de la gestation peut s'expliquer lorsqu'on examine le nombre de femmes qui ont négligé de se soigner. Il y a certainement un nombre considérable de femmes qui ne présentent pas d'accidents lorsqu'elles viennent régulièrement aux consultations instituées pour elles et nous ne pouvons pas discuter ici l'excellence du traitement. Malheureusement notre statistique montre encore bien des lacunes dans la façon de suivre le traitement.

Soixante-quinze parmi les femmes qui ont consulté savaient qu'elles avaient de l'albumine dans les urines et connaissaient le traitement qui leur avait été prescrit. En outre neuf autres n'ont pas même consulté malgré les troubles qu'elles présentaient. Or quarante-deux femmes n'ont nullement suivi le traite-

ment qui leur était nécessaire ; parmi les autres, trente ont essayé de se mettre au régime lacté, mais ne l'ont pas observé régulièrement, ni assez rigoureusement pendant une période assez prolongée. Il reste seulement trois femmes qui ont accepté d'être hospitalisées à la Clinique et qui ont suivi un traitement régulier.

On peut donc évaluer à 4 0/0 environ le nombre de fœtus qui meurent pendant la gestation chez les femmes albuminuriques qui suivent un traitement approprié et régulier.

Cas complexes. — Nous avons trouvé un total de 9 observations dans lesquelles on trouve à la fois les stigmates de syphilis et des symptômes albuminuriques. L'observation 1064 de 1912 en est un exemple : Une III^e pare de vingt-sept ans a eu une première gestation se terminant par l'expulsion au septième mois d'un enfant mort et macéré. La deuxième se termine par l'expulsion d'un enfant mort et macéré. La femme consulte pendant cette deuxième gestation à l'hôpital Beaujon, a été soumise à un traitement spécifique consistant dans l'administration du sirop de Gibert.

Cette femme a une troisième gestation pendant laquelle elle consulte trois fois à Baudeloque — on trouve de l'albumine dans les urines — déjà à ce moment on ne perçoit plus de bruits du cœur fœtaux et l'on met la femme au traitement spécifique. Elle expulse au huitième mois un fœtus mort et macéré de 2.020 grammes. Le placenta pèse 610 grammes. Il

a l'aspect chair à saucisses, mais il présente en même temps des foyers hémorragiques anciens.

Dans les cas de ce genre il est manifeste que l'action de la syphilis et de l'albuminurie s'ajoutent. On en trouve la démonstration au placenta qui présente à la fois des foyers hémorragiques anciens dus à l'albuminurie et un aspect chair à saucisses caractéristique de la syphilis quand il concorde avec un poids élevé. Toutefois il faut remonter au diagnostic étiologique qui semble bien avoir été fait déjà dès la deuxième gestation puisque dès lors on institua un traitement antisypilitique.

Albuminurie

A) ALBUMINURIE CONSTATÉE DANS LES URINES				B) ALBUMINURIE NON CONSTATÉE DANS LES URINES		
Années	1 ^{re} Conve- nable- ment traitée	2 ^e Insuf- fisam- ment traitée	3 ^e Non traitée	1 ^{re} Troubles albu- minuriques (oedème céphalées troubles visuels, etc.)	2 ^e Placenta à foyers hémorra- giques sans autre signe d'albuminurie	Total
1909	0	7	2	3	4	16
1910	1	3	5	5	5	19
1911	1	4	5	1	4	15
1912	0	3	5	0	8	16
1913	0	0	7	0	5	12
1914	0	1	2	0	9	12
1915	0	2	2	0	0	4
1916	1	2	2	0	5	10
1917	0	0	4	0	0	4
1918	0	2	4	0	3	9
1919	0	6	4	0	0	10
Totaux	3	30	42	9	43	127

III. — CAUSES VARIÉES

Il reste un nombre important de rétentions qui ne rentrent pas dans les deux tableaux que nous venons de tracer. Pour un petit nombre à peine 10 o/o nous trouvons des affections qui paraissent en rapport avec la cause de la mort du fœtus sans qu'on puisse l'affirmer parce que les cas sont rares et qu'en général les symptômes sont peu précis. Parmi elles nous distinguons : l'endométrite qui se présente avec des caractères nets dans 2 o/o des cas. Nous avons fait une notion à part pour les gestations gémellaires, il semble bien que plusieurs de ces cas pourraient encore entrer dans le cadre de la syphilis, mais nous n'avons pas les preuves nécessaires pour l'affirmer.

Dans quelques cas rares on peut suspecter les intoxications, les maladies aiguës ou chroniques et les lésions du cordon.

Il reste malgré tout un nombre important de cas pour lesquels nous ne pouvons donner actuellement aucune explication. En achevant cette étude, nous avons l'impression que parmi eux il reste encore des morts de fœtus pour lesquels on pourra désormais

par d'autres méthodes de recherche mettre en évidence la syphilis.

Endométrite entraînant des décollements placentaires. — L'endométrite est une affection très commune et qui peut amener au cours de la gestation des accidents divers et particulièrement soit l'avortement précoce, soit au contraire l'accouchement prématuré. Il est assez rare que l'endométrite détermine la mort du fœtus au cours de la gestation et donne lieu à une rétention. Nous avons observé 10 cas dans lesquels la femme présente tous les signes de l'endométrite : Pendant la gestation ce sont des pertes de sang de coloration rosée qui surviennent de préférence durant les premiers mois et le plus souvent à la période qui correspond à l'époque des règles. L'expulsion dépasse rarement le sixième ou septième mois, et le fœtus est de faible poids. Le placenta présente cet aspect décrit sous le nom de placenta châteaubriant à bords épais parfois cerclé de fibrine.

La caduque est très épaisse, vascularisée le plus souvent retenue soit partiellement, soit en totalité.

Dans les 10 cas où nous attribuons la mort du fœtus à l'endométrite tous ces signes sont réunis. De plus dans 3 de ces cas nous avons remarqué des pertes verdâtres et des douleurs à la miction qui permettent de penser à une affection gonococcique aiguë.

Par contre il existe une altération très fréquente, c'est l'épaississement de la caduque que l'on retrouve

dans un très grand nombre de rétentions quelle que soit leur cause : syphilis, albumine. Parmi les rétentions dont nous n'avons pu déterminer la cause, il y en a 55 pour lesquelles nous avons trouvé la caduque épaisse et parfois retenue dans la cavité utérine. Mais étant donnée la fréquence de cette lésion nous ne pouvons en tirer aucune déduction pathogénique.

Gémellité. — Nous avons observé 12 cas de rétention chez des femmes gémellaires. Dans 2 cas les deux fœtus meurent ; dans 10 cas, un fœtus est expulsé vivant et l'autre est expulsé mort et macéré.

Pour les deux observations où les fœtus sont nés morts on aurait quelque raison de suspecter la syphilis mais on n'en a guère de preuves, même en examinant les antécédents de ces femmes.

Pour les autres observations il s'agit dans 3 cas de gestations unichoriales et sept fois de gestations bi-choriales.

Diverses causes peuvent expliquer la mort d'un des fœtus :

Dans l'observation 886 de 1914 ; il faut incriminer la disposition des cordons. Les cordons sont disposés dans la cloison de séparation. Ils s'insèrent sur les membranes et sont réunis l'un à l'autre par deux anastomoses : l'une qui réunit les deux insertions placentaires, l'autre est située un peu au-dessus de la cloison de séparation.

Dans l'observation 75 de 1918, il semble qu'on puisse

accuser l'albuminurie, car l'on trouve un placenta relativement petit avec des foyers hémorragiques anciens.

Dans l'observation 548 de 1909, on pense volontiers à la syphilis. Le placenta est volumineux 1.280 grammes. D'autre part la femme a eu un premier accouchement prématuré et son enfant est mort au bout de quinze jours. Dans la gestation actuelle l'enfant qui naît vivant meurt au bout de cinq heures.

Dans l'observation 760 de 1916, on pense encore volontiers à la syphilis. Une partie du placenta correspond au fœtus macéré à une coloration pâle spéciale qui lui donne l'aspect chair à saucisses.

Il est assez curieux de rappeler que dans ces deux dernières observations, le fœtus qui naît mort et macéré est de poids nettement supérieur au fœtus qui naît vivant.

En résumé un tiers de ces observations sont suspectes de syphilis et il est probable que l'on pourrait par d'autres méthodes de recherches augmenter encore le nombre des morts qu'il faut attribuer à la syphilis.

Intoxication. — Nous avons relevé quelques rares cas où le père présentait des signes d'intoxication : 3 cas de saturnisme, 2 cas de paludisme et 3 cas d'éthylisme avéré. Dans les cas de saturnisme, une fois le père présente des accidents nets ; la mère a trois accouchements normaux, la quatrième gestation se termine par une rétention. Dans un autre cas le père est peintre en bâtiments et ne présente aucun

des signes de saturnisme ; la mère a deux enfants vivants, la troisième gestation se termine par une rétention, on ne peut que suspecter le père.

Deux cas de mort du fœtus peuvent être attribués au paludisme paternelle. Dans l'observation 592 de 1913, le père a présenté de nombreux accès de paludisme aux colonies et son dernier accès date de décembre. La femme expulse en mai un fœtus mort et macéré de 1.800 grammes avec placenta de 400 gr.

Dans 3 cas nous avons noté l'éthylisme du père à défaut d'autres signes ; mais ces trois observations paraissent peu concluantes.

Affections générales. — La tuberculose semble avoir causé la mort du fœtus dans deux cas, une fois il s'agit de tuberculose paternelle, une autre fois de tuberculose maternelle.

Parmi les maladies aiguës nous avons relevé une fois la grippe, une autre fois l'érysipèle.

Causes mécaniques. — Dans quelque cas assez rares, la mort du fœtus peut relever de causes mécaniques.

a) *Anomalies du cordon.* — La brièveté du cordon soit naturelle, soit accidentelle peut être une cause de mort pour le fœtus. Dans deux observations on trouve chez le fœtus trois circulaires autour du cou qui déterminent une brièveté accidentelle du cordon. Dans un autre cas, observation 19 de 1918, le cordon est réduit près de son insertion ombilicale à la dimension d'un gros fil et deux fois tordu sur lui-même, le placenta est devenu scléreux. Dans 3 autres

cas l'insertion du cordon est vicieuse, le plus souvent insertion en raquette ou insertion vélamenteuse.

b) *Anomalies de l'utérus*. — La malformation utérine a pu dans un cas s'accompagner de rétention de fœtus mort, de même dans un cas la rétroversion de l'utérus.

Il reste donc un total de 160 cas pour lesquels nous n'avons aucune explication ou pour lesquels nous manquons de renseignements, soit une proportion de 27 0/0.

CONCLUSIONS

1° La mort du fœtus *in utero*, après le sixième mois a été observée dans une proportion de 30 0/00 chez les femmes soignées à la Clinique Baudelocque pendant ces trente dernières années.

2° Les causes de la mort du fœtus *in utero*, déterminées par des méthodes cliniques sont principalement : la *syphilis* et les *toxémies gravidiques*.

3° L'accoucheur dont le rôle peut être si utile en puériculture agira efficacement en s'attaquant à ces causes.

a) Pour ce qui est des toxémies gravidiques, on dépistera l'albuminurie en examinant systématiquement toutes les femmes gravides, en multipliant les consultations, en instituant le traitement à la base duquel se trouve le régime lacté.

b) Contre la syphilis, qui est la cause la plus fréquente, il y a lieu de faire le diagnostic et le traitement de la maladie, chaque fois qu'un phénomène clinique attire l'attention, chez les deux procréateurs avant même la procréation, chez la femme en état de gestation, chez la mère nourrice et son nourrisson.

Bien des cas de syphilis ne seront révélés que par

la gestation elle-même, alors qu'ils ne se traduisent que par des altérations ovulaires.

La réaction de Bordet-Wasserman sera utilisée tout à la fois comme moyen de diagnostic et de surveillance du traitement.

Le traitement de la syphilis doit donc être institué avant la gestation, être continué pendant toute la durée de la gestation et poursuivi après l'accouchement. Pour arriver à ce résultat il devrait être créé dans les maternités un organisme spécial qui soit adapté aux rapports de la syphilis et de la gestation. Cet organisme de polyclinique a été inauguré à la Clinique Baudelocque par M. le professeur Couvelaire en 1919. Il est placé sous la direction clinique d'un syphiligraphe.

Le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

